UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1951-1952 — N° 23

Contribution à l'Etude des Trichadénomes

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 5 Novembre 1952

par

Michel THÉVENOT

Né le 26 Juin 1926 à PARIS (Seine)

Élève de l'École Principale du Service de Santé de la Marine et des Colonies

Examinateurs de la Thèse { MM. JOULIA, professeur, *Président*
CREYX, professeur
LE COULANT, agrégé
LENG-LÉVY, agrégé } *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMMARCELLI FRÈRES
80 bis, Cours de l'Argonne

1952

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1951-1952 — N° 23

Contribution à l'Etude des Trichadénomes

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 5 Novembre 1952

par

Michel THÉVENOT

Né le 26 Juin 1926 à PARIS (Seine)

Élève de l'École Principale du Service de Santé de la Marine et des Colonies

Examinateurs de la Thèse { MM. JOULIA, professeur, *Président*
CREYX, professeur
LE COULANT, agrégé
LENG-LÉVY, agrégé } *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMMARCELLI FRÈRES
80 bis, Cours de l'Argonne

1952

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, CHELLE
DOYEN : M. PORTMANN. — **ASSESSEUR :** M. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, GUYOT, ANDERODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, LABAT, CHARRIER, DUBREUIL, MACHEBŒUF, CRUCHET, DUPÉRIÉ, CHELLE

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	CREYX / BROUSTET
Clinique chirurgicale	PAPIN / MASSE
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE
Clinique gynécologique	MAGENDIE
Anatomie pathologique et microscopique clinique	DE GRAILLY
Anatomie	DUFOUR
Anatomie générale et histologie	MAYER
Hygiène et Clinique de la tuberculose	PIÉCHAUD
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE
Electroradiologie et Clinique d'électricité médicale	REBOUL
Chimie	MESNARD
Matière médicale	GOLSE
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN
Zoologie et parasitologie	SIGALAS
Pathologie générale et expérimentale	SARIC
Clinique ophtalmologique	MM. BEAUVIEUX
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	POUYANNE
Clinique des maladies infectieuses	AUBERTIN
Chimie biologique et médicale	TAYEAU
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Botanique et cryptogamie	GIRARD
Thérapeutique	N...

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. PERRENS (Maladies mentales), BLANQUET (Physique pharmaceutique)

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

	MM.
Parasitologie	PAUTRIZEL
Physiologie	Mlle ROUGIER
Bactériologie	MOUSTARDIER
Pharmacie (1re section)	MM. R. GOLSE
Pharmacie (2e section)	MASQUELIER
Pharmacie (3e section)	CAZAUX

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Médecine générale	DUBARRY / F.-J. TRAISSAC / BERGOUIGNAN / LENG-LEVY
Chirurgie générale	LAUMONIER / CHAVANNAZ
Chimie biologique	
Obstétrique	MAHON / CHASTRUSSE
Ophtalmologie	MM. BESSIÈRE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
Histologie	
Pédiatrie et puériculture	VERGER
Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE
Electro-radiologie	LACHAPÈLE
Odonto-stomatologie	
Urologie	LANGE

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER
Accouchements	CHASTRUSSE
Puériculture	VERGER
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI / COUSTOU
Anatomie	RIGAUD
Chimie minérale	BABIN
Cryptogamie	LAUBIE
Pharmacie galénique	BOUSSEMART
Organographie et physiologie végétale	MM. TEMPÈRE
Chimie biologique	NEUZIL
Pathologie chirurgicale	VILLAR
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER
Hydrologie pharmaceutique	CAZAUX
Chimie biologique analytique	MARQUEVIELLE

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRERE ET MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ,

DES HOPITAUX ET DE L'ÉCOLE DE SANTÉ NAVALE

A Monsieur le Docteur GAUTRON

Dermatologiste des Hôpitaux de la Marine,
Chevalier de la Légion d'honneur,

qui nous a inspiré ce travail. En témoignage de notre gratitude.

A Monsieur le Medecin Général GALIACY

Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Médaille de la Résistance.

A Monsieur le Médecin en chef de 1re classe SIMON

Sous-Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Médecin des Hôpitaux de la Marine,
Officier de la Légion d'honneur,
Médaille d'argent de l'Education Physique

A NOS JUGES

A Monsieur le Professeur LENG-LEVY

Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de la Libération,
King's Medal for courage of the cause of Freedom,

A Monsieur le Professeur agrégé LE COULANT

Médecin dermato-vénéréologiste des Hôpitaux,
Chef du Laboratoire de la Clinique dermatologique,
Officier d'Académie,

que nous remercions bien sincèrement de l'aide qu'il nous a fournie.

A Monsieur le Professeur CREYX

Professeur de Clinique Médicale,
Médecin des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique,

MONSIEUR LE PROFESSEUR JOULIA

Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique,
Chevalier de l'Ordre Serbe de Saint-Sava,
Médecin consultant régional de dermato-vénéréologie,
Directeur du Centre régional de prophylaxie antivénérienne,
Directeur du Laboratoire départemental de sérologie,

qui nous fit l'honneur de présider la soutenance de notre thèse.

INTRODUCTION

Au cours de notre stage interné à l'hôpital maritime de Cherbourg, M. Gautron, médecin-chef du service de dermatologie, nous proposait de faire un travail consacré aux trichadénomes, tumeurs d'origine pilaire. Il voulait bien nous communiquer le dossier d'une malade atteinte de cette affection. Nous lui sommes infiniment reconnaissant de cette marque de confiance. M. le Médecin-en-Chef Fauconnier nous accueillit dans son laboratoire, commenta les coupes, ses idées nous furent précieuses. De retour à Bordeaux, M. le Professeur agrégé Le Coulant consentit très aimablement à s'intéresser à cette étude, ses conseils orientèrent nos recherches. Il voulut bien nous introduire auprès de M. le Docteur Pignot, bibliothécaire à l'hôpital Saint-Louis, médecin de grand savoir et d'une exquise courtoisie qui rendit beaucoup plus facile notre travail. Malheureusement les exigences du service nous éloignaient rapidement.

M. Clicquot, lieutenant de vaisseau, traduisit nos textes allemands, M. Bouthelet, second-maître infirmier, fit des microphotos remarquables. Qu'ils soient assurés de notre gratitude.

Notre étude est faite sur trois cas; si la première observation a eu une certaine fortune, elle fut exposée par Gans dans son ouvrage d'histologie des maladies de la peau, aucun travail n'a été consacré à cette curieuse malformation.

Historique. — En 1924, Fessler présente une petite malade de Wiesner ayant une tumeur congénitale de la conque de l'oreille; il étudie minutieusement l'aspect histologique de cette néoformation; il en montre l'originalité : elle est faite de folli-

cules pileux extrêmement nombreux. Ces follicules sont en rapport avec l'épithélium d'une fistule située au centre de la tumeur.

Quelques années plus tard, Sézary et Lévy-Coblentz, intrigués par l'aspect clinique d'une tumeur de l'aile du nez apparue chez une femme de 38 ans, pratiquent une biopsie qui les amène à rapprocher leur cas du précédent. Ils proposent le terme de trichadénome. Le problème nosographique est posé à cette occasion.

En 1951, M. Gautron présentait à la Société Française de dermatologie un cas tout à fait superposable à celui de Sézary et Lévy-Coblentz.

Existe-t-il d'autres observations ? Il est difficile de le montrer, une certaine confusion règne sur le chapitre des tumeurs bénignes de la peau. Nous avons recherché si un aspect histologique comparable avait été décrit sans nous soucier de la terminologie adoptée. Notre démarche fut vaine. Cependant, Selissky, en 1930, fit état d'un cas de maladie de Pringle dont l'aspect histologique rappelait celui du cas de Fessler. Nous ne l'avons pas retenu, l'étiquette de maladie de Pringle lui convient parfaitement ; rien n'est moins sûr pour les cas que nous allons exposer.

OBSERVATIONS

Observation n° I

(Fessler-Wiesner)

C'est une fillette de 12 ans, bien portante, qui présente une tumeur de la taille d'une amande dans la peau de la conque de l'oreille gauche. Déjà, à la naissance, il existait au-dessus du lobule, un nodule qui grossit peu à peu jusqu'à avoir le volume actuel. Cette tumeur, apparemment recouverte d'épiderme normal, montrait cependant une petite fistule en forme de fente qui laissait s'écouler de temps à autre une substance sébacée. Ce qui fit porter le diagnostic clinique de loupe.

Sous l'anesthésie locale, la tumeur fut clivée aussi loin que possible de la peau qui la recouvrait, il fallut ensuite enlever un morceau de cartilage conjointement développé avec la tumeur. On avait pensé que le contenu de cette néoformation était sébacé, or elle était solide et on voyait quantité de poils minuscules sur la tranche de section. La préparation fut envoyée pour examen au laboratoire avec le diagnostic de tératome.

Examen macroscopique. — C'est un nodule ovale, de dimensions 2 cm. × 1 cm. × 1 cm., d'une couleur blanc jaunâtre et d'une consistance assez compacte, apposée à une partie de cartilage de la grosseur d'une lentille; à l'opposé, un fragment épidermique de forme irrégulière recouvrait le nodule et adhérait à lui. A cet endroit s'enfonce une fistulette étroite, également recouverte d'épiderme. La tranche de section du nodule est également blanc jaunâtre, elle montre une structure fasciculée qui, par endroit, est traversée d'îlots graisseux; elle est recouverte de poils noirs minuscules qui se laissent facilement extirper; la plupart de ces petits poils sont à la circonférence de la fistule qui, après un trajet tortueux (0,5 cm.) se termine au milieu du nodule, en formant une cavernule.

Aspect microscopique. — Le rudiment d'épiderme qui couvre le nodule a un aspect normal. A cet épiderme mince et peu corné fait suite un derme large, la couche papillaire est peu développée. En dehors de quelques petites glandes sudoripares, il y a quelques poils du lanugo épars dont la structure est absolument normale; leur direction de croissance (perpendiculaire à la surface de la peau) est correcte.

Sous le derme assez épais se trouve un complexe (komplex) arrondi formé de fibres conjonctives tressées qui entourent des racines de poils, nombreuses, serrées les unes contre les autres. Cette zone semblable à du derme représente la partie essentielle de la néoformation, elle est partout limitée par une couche mince de tissu graisseux sous-cutané lache. Le centre du « complexe » est représenté par la fistule revêtue d'épiderme, la lumière est remplie de déchets. L'épiderme de cette fistule est tout à fait remarquable, aussi bien dans la couche cornée que dans la couche de Malpighi. De nombreuses et irrégulières languettes d'épithélium (epithelzapfen) s'enfoncent jusqu'aux racines des poils, décrites plus haut, celles-la même qui sont enserrées dans de nombreuses fibres élastiques. Les racines des poils elles-mêmes se rencontrent presque en entier dans la coupe, l'aspect en est variable d'abord parce que les poils sont à des stades différents de développement, ensuite parce que les bulbes ne sont pas à la même hauteur.

Les images de poils très jeunes sont assez nombreuses et se présentent de la manière suivante : une gaine fibreuse déjà bien formée venant du derme entoure un amas à peu près circulaire de cellules épithéliales qui sont irrégulièrement imbriquées les unes dans les autres. Ce n'est qu'à la périphérie de cet amas qu'on reconnaît déjà une couronne à un ou plusieurs rangs de cellules placées radialement qui correspond à la gaine épithéliale externe. Pour la plupart ces ébauches pilaires présentent déjà une différenciation si avancée qu'elles peuvent être identifiées comme de jeunes poils; la gaine externe est devenue plus nette et au milieu de l'amas cellulaire apparaît un disque de cellules se colorant en rouge à l'éosine qui correspond à la gaine épithéliale interne et au poil lui-même. Nombreux sont les poils adultes, la coupe les intéresse au niveau de la glande sébacée qui est bien développée. On ne peut affirmer que chaque poil possède une glande.

Ces poils parfaitement développés se reconnaissent au follicule formé, à la gaine épithéliale externe, au poil proprement dit. La gaine épithéliale interne se compose de deux cercles concentriques, couche de Henlé, couche de Huxley dont les cellules possèdent ou ne possèdent pas de noyau suivant la hauteur à laquelle se trouve la racine et qui se colorent avec l'éosine en un rouge plus ou moins intense suivant le degré de kératinisation. Presque toutes ces racines sont repérées lorsqu'on les recherche par coupes sériées. Elles montent obliquement vers la couverture épidermique de la fistule. Beaucoup atteignent cet épiderme, quelques-unes émergent dans la lumière. Cependant, la plupart n'atteignent jamais la surface mais restent incluses. La coupe des racines qui traversent l'épiderme ne montre plus que la gaine épithéliale externe; la gaine épithéliale interne n'atteint que les environs du niveau de la glande sébacée.

On peut reconnaître d'après la direction des poils qu'ils ne sont pas en rapport avec l'épiderme de la peau mais au contraire qu'ils ont leur source exclusivement dans l'épiderme de la fistule. Il faut remarquer qu'assez souvent la gaine épithéliale externe renferme plusieurs poils. D'après les coupes en série, la signification de ce fait n'est pas claire : le poil peut être replié en serpent dans sa gaine, ou alors plusieurs poils possèdent une même gaine externe. Plusieurs poils naitraient donc d'un même germe, ce qui n'a jamais été observé. En interprétant plus avant les coupes sériées, on en déduit que le nodule en entier se trouve enrobé dans une dépression du cartilage de l'oreille. La tumeur est sillonnée par de rares petits vaisseaux, les glandes sudoripares sont peu nombreuses et petites, de situation normale. Par ailleurs, immédiatement au-dessous de l'épithélium se trouve un petit infiltrat de cellules rondes (lymphocytes), infiltrat causé, soit par un traumatisme, soit par irritation inflammatoire chronique, à moins qu'il n'ait coincidé avec l'apparition de la tumeur. On ne peut s'arrêter sur l'une plutôt que sur l'autre de ces hypothèses.

Observation n° II
(Sézary, Lévy-Coblentz)

Mme C..., 38 ans, dont les antécédents n'offrent rien d'intéressant, a vu apparaître il y a deux ans une petite lésion cutanée sur

l'aile gauche du nez. Un traitement par la teinture d'iode n'empêcha pas cette lésion de s'étaler progressivement. Actuellement il existe sur l'aile gauche du nez, près de la pointe, une petite nappe papuleuse, arrondie, rouge, du diamètre d'une pièce de 50 centimes. Cette lésion est un peu surélevée, elle fait une saillie d'un millimètre environ sur la peau environnante qui est séborrheïque et légèrement congestionnée. Ses contours sont assez nettement arrêtés et légèrement festonnés. Sa surface est irrégulière et un peu mamelonnée. L'épiderme qui la recouvre est rose vif sur la bordure, le centre, par contre, est couvert de squames fines et adhérentes. La palpation donne la sensation d'une infiltration molle. A la vitropression on voit deux ou trois grains jaunes ressemblant à des lupomes.

La lésion est indolore spontanément ou à la pression, elle est congestionnée après les repas. Elle n'est généralement pas prurigineuse.

Examen histologique. — Cet examen montre au faible grossissement un épiderme aplati, hyperkératosique par places, surtout aux orifices des glandes sébacées. Le derme, dans toute sa hauteur, est occupé par un infiltrat d'apparence lobulé car il est orienté autour de capillaires dilatés et autour de formations épithéliales arrondies ou ovalaires que nous indiquerons plus loin. Cet infiltrat est composé presque uniquement de lymphocytes. On y voit quelques cellules plus volumineuses qui semblent être des histiocytes. Il existe de plus de nombreuses formations épithéliales constituées en majorité par des boyaux cellulaires pleins entourés d'une lamelle de collagène qui les sépare très nettement de l'infiltrat. Certains possèdent un nodule conjonctif différencié qui leur est accolé. L'aspect est celui d'un germe pileux. Dans d'autres cordons la différenciation est plus avancée et va jusqu'à l'élaboration d'un poil qui reste emprisonné dans sa gaine épithéliale. En effet, ces follicules pileux ne s'abouchent pas à l'épiderme. Ils sont pour la plupart orientés parallèlement à sa surface tandis qu'à l'état normal l'orientation est oblique. Certains follicules contiennent même une ébauche de glande sébacée. Les glandes sébacées de la région sont volumineuses mais en nombre normal.

Si l'on consent à assimiler l'élaboration du poil a une fonction

glandulaire, le nom de trichadénome conviendrait pour désigner ce néoplasme.

Depuis la biopsie, la petite tumeur de notre malade a subi une poussée évolutive qui en a augmenté le volume d'un tiers en deux mois. On peut se demander si l'infiltrat important observé dans notre cas n'est pas l'indice d'une évolution maligne de la néoplasie. Nous allons donc détruire cette petite tumeur par la diathermocoagulation.

OBSERVATION N° III

(Gautron-Bolgert)

Mme W... Désirée, 52 ans. — Consulte en mars 1951 pour une tumeur du menton évoluant depuis six mois. L'aspect de la lésion est arrondi et saillant en forme de macaron. Elle mesure 3 cm. de diamètre, sa coloration est rouge. La surface est faiblement squameuse. Bords réguliers et nets. De consistance molle, cette tuméfaction est indolore spontanément et à la pression. Elle repose sur une base souple.

L'extension périphérique est lente et continue. Pas d'adénopathie dans le territoire ganglionnaire correspondant. Aucune modification apparente du système pileux réduit à un fin duvet.

L'examen clinique des différents appareils est normal. Réactions sérologiques négatives. Aucun antécédent personnel, ni héréditaire important à signaler.

Histologie (Bolgert). — L'épiderme est un peu aminci entre les crêtes interpapillaires. Le derme est remarquable par l'abondance des formations épithéliales: outre certains amas épithéliaux pleins à contours arrondis ou polygonaux, il existe en très grand nombre des aspects de follicules pileux de taille variable, certains, petits, se groupant près de formations plus volumineuses.

Il existe en outre des formations kystiques de nature épithéliale à cavité renfermant de la kératine en strates concentriques. Toutes ces formations sont entourées d'un infiltrat histiolymphocytaire en couronne à limite périphérique assez nette. Le derme est œdémateux par place avec quelques zones de tissu adipeux. Aspect de *trichadénome*.

La tumeur fut enlevée au bistouri. Cicatrisation normale sans récidive « in situ ». Mais quatre mois plus tard, apparition au niveau du sillon nasogénien droit d'une néoformation du volume d'une lentille. Les caractères cliniques et anatomopathologiques de cette lésion se montrèrent analogues à ceux de la tumeur du menton. Ce nouveau trichadénome d'extension rapide fut détruit par coagulation.

CONSIDERATIONS CLINIQUES

1° **La lésion.** — L'enfant (obs. I) présente un nodule centré par une fistule en forme de fente mince laissant s'écouler un produit comparable à du sébum. La peau recouvrante est normale. L'élément dystrophique est représenté par l'épithélium de la fistule. C'est une inclusion épidermique incomplète, la formation est « pliée », cachée, insoupçonnable quant à sa nature. Cette plicature explique d'ailleurs la convergence des poils. L'aspect nodulaire peut certainement être considéré comme une anomalie en soi.

En revanche, les observations suivantes avec leurs lésions « en surface » montrent des caractères semblables. Le siège est à la face (conque, menton, aile du nez) ; la lésion est unique, de faibles dimensions (3 cm. dans l'obs. III). C'est une nappe papuleuse, arrondie, rose vif, légèrement surlévée (1 mm.), à bords nets, la surface est irrégulière, le centre est squameux, les squames sont fines, adhérentes. La palpation donne une impression de souplesse, pourtant elle semble infiltrée (infiltration molle de Sézary).

La tumeur n'est ni douloureuse, ni prurigineuse. A la vitropression, elle présente des nodules sucre de pomme. La peau environnante est légèrement congestionnée.

2° **Apparition - Développement.** — Les trois malades sont du sexe féminin. Dans le premier cas la tumeur est congénitale. Les malades de Sézary et Gautron ont respectivement 38 et 52 ans.

La lésion apparaît spontanément et croît très lentement : deux ans pour atteindre 3/4 de cm., 6 mois pour 3 cm. Elle

est susceptible cependant de se développer plus rapidement sous une influence extérieure (biopsie). Cette croissance s'accompagne alors de réaction inflammatoire sur la signification de laquelle nous reviendrons.

3° Cette tumeur est capable de réapparaître, semblable à elle-même sur un autre territoire cutané. Il serait hasardeux d'en faire une métastase. Cette réapparition, avec la menace de la transformation maligne, doit rendre vigilant le médecin.

4° Dans tous les cas, l'examen clinique des différents appareils a été normal. Les réactions sérologiques, quand elles ont été faites, étaient négatives. On n'a jamais retenu d'antécédents personnels ou héréditaires.

5° **Le diagnostic.** — Les caractères cliniques des observations II et III se superposent remarquablement. Mais ils sont trop banaux pour faire espérer, même si cette lésion se révélait commune, un diagnostic clinique exact. « Elle est squameuse et congestive comme un lupus érythémateux. A la vitropression elle présente des nodules couleur sucre de pomme comme un lupus tuberculeux. Elle est enfin infiltrée comme un sarcoïde » (Sézary, Lévy-Coblentz). Deux fois les cliniciens ont refusé de mettre un nom sur cette lésion; l'étude soigneuse des éléments cliniques devrait en principe exiger l'examen histologique qui est la clef du diagnostic.

CONSIDERATIONS HISTOLOGIQUES

Dans le chapitre des tumeurs de la peau, les poils jouent un rôle peu important si on fait abstraction des anomalies de localisation ou de nombre. Dans les tumeurs qui nous occupent, les poils représentent l'essentiel de la néoformation.

Sans reprendre mot à mot les descriptions de nos auteurs, nous énumérerons les caractères les plus remarquables, les accompagnant au besoin de quelques commentaires.

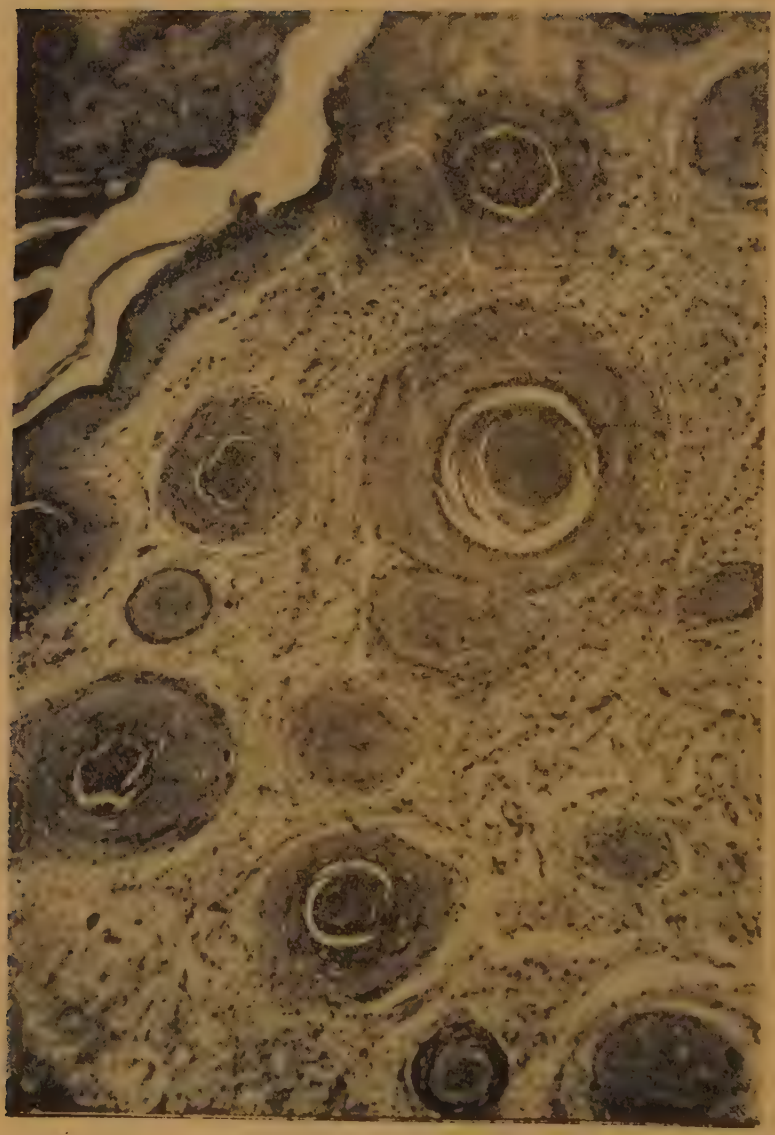
1° **L'épiderme** est mince, hyperkératosique, Fessler insiste sur les nombreuses et irrégulières languettes d'épithélium (epithelzapfen) qui s'enfoncent dans le derme jusqu'aux racines des poils, dit-il. Ces languettes sont sans aucun doute les ébauches pilaires primitives, bourgeons encore pleins. Nous assistons à une sorte d'embryogénèse continue car, normalement, le renouvellement des poils se fait à partir de la gaine épithéliale externe, le nouveau poil empruntant le trajet de l'ancien.

2° **Le derme.** — Très épais, œdémateux par endroits, intéressant seulement par les éléments qui l'envahissent, les formations épithéliales, l'infiltrat lymphocytaire.

3° **Les formations épithéliales** représentent fort bien à ses différents stades le développement du poil. Leur position dans le derme semble indifférente quant à la hauteur qu'elles occupent, une ébauche pilaire voisine aussi bien avec un bulbe adulte.

Reprenons leur description en commençant par les plus jeunes.

Les « languettes » décrites plus haut sont des bourgeons pleins, résultant de la prolifération des cellules basilaires de



Obs. III. Fort grossissement.

l'épiderme (visibles surtout sur les coupes de Fessler). Plus tard ces formations ont l'aspect d'amas épithéliaux arrondis ou polygonaux. Les cellules sont irrégulièrement imbriquées les unes dans les autres. Sur certaines coupes on peut saisir la présence d'un nodule conjonctif accolé à ce boyau (la papille). On distingue la gaine fibreuse cerclant l'amas.

Cette ébauche est plus âgée, qui présente à la périphérie une couronne de cellules à disposition radiaire : la gaine épithéliale externe.

Enfin, elle va prendre l'aspect d'un appareil pileux adulte ; la gaine épithéliale externe est nette, le centre de la formation est occupé par un disque de cellules qui correspond à la gaine interne et au poil lui-même (coloré en rouge par l'éosine). Le stade ultime est représenté par des aspects kystiques dont la cavité renferme de la kératine en strates concentriques.

4° Les coupes sériées ont permis de suivre les racines dans leur **trajet.** Dans l'observation de Fessler (I) les poils avaient une direction oblique et se dirigeaient vers la lumière de la fistule. Dans les deux autres cas il semble que leur direction soit aberrante, parallèle à la surface épidermique. Les racines restent incluses et ne franchissent pas la barrière épidermique (quelques-unes cependant sur un très grand nombre dans l'observation I). Comment expliquer ce fait ? La direction parallèle à la surface conduit évidemment à l'enfouissement obligatoire, mais dans l'observation I la direction est correcte. L'émergence semble être conditionnée par deux facteurs, d'une part une fonction sébacée correcte puisque les cellules sus-jacentes au cône pileux subissent cette dégénérescence, d'autre part une desquamation épidermique active. Ces conditions sont-elles remplies ?

On peut penser également que ce tissu tumoral est capable de « copier », d'ébaucher, non pas de restituer l'organe parfait. La pathologie nous en offre de fort nombreux exemples : énorme potentiel de reproduction mais parodies des formes et des fonctions. Précisément, Fessler signale que la gaine épithé-

hale externe renferme quelquefois plusieurs poils; il pense que plusieurs poils pourraient naître d'un même germe.

5° **Les glandes sébacées.** — Nous savons que les glandes sébacées peuvent dégénérer pour leur propre compte (adénomes sébacées, épithéliomas). La glande est-elle participante dans nos observations ? Ou bien sa présence n'est-elle qu'un phénomène contingent soumis au développement anarchique des ébauches pilaires ? Il semble bien que le processus dystrophique n'atteigne que par contre-coup la glande. Dans l'observation I, si certains follicules adultes possèdent une glande, normale par ailleurs, il paraît sûr que certains n'en possèdent pas. L'observation II ne fait état que de quelques **ébauches** annexées à certains follicules. Les glandes de la région sont volumineuses mais leur nombre est normal. La malade de M. Gautron donne une note discordante. La première lésion ne montre rien de particulier, par contre l'examen histologique de la seconde lésion apparue quatre mois plus tard, montre des formations purement sébacées à glandes volumineuses, à côté de complexes pilo-sébacés et de kystes épidermiques contenant de la kératine.

6° **L'infiltration lymphocytaire.** Elle est immédiatement reconnue dans les observations II et III, d'apparence lobulée, elle entoure les formations épithéliales, formant même d'importants nodules. Certains amas sont orientés autour de capillaires dilatés (obs. II). Dans l'observation I, l'infiltrat est beaucoup plus discret et strictement limité. Dans tous les cas il est fait de lymphocytes et de cellules plus volumineuses et plus rares qui sont des histiocytes. Sa signification est obscure. Il n'est certainement pas causé par un traumatisme ou une irritation inflammatoire chronique; il accompagne la néoformation pilaire. Sézary en fait un indice de malignité, les poussées évolutives des noevi cellulaires ne s'accompagnent pas de réaction inflammatoire. Ajoutons que dans les dermatoses précancéreuses la présence d'un infiltrat lymphocytaire est considérée comme un excellent critère de malignité.

Quoi qu'il en soit, l'importance de l'infiltrat traduit sans doute l'indice d'évolutivité de la tumeur : évolution de 12 ans chez la fillette de Fessler, infiltrat très discret; évolution de 6 mois chez la malade de M. Gautron : derme totalement infiltré ou presque, dimensions de la tumeur : 3 cm.

7° **Les vaisseaux.** — Il n'y a pas de néovaisseaux ni télangiectasies, quelques capillaires sont dilatés et encapuchonnés par une couronne lymphocytaire.

8° **Les glandes sudoripares** sont ou absentes ou tout à fait normales.

9° Dernier élément particulier de ces tumeurs, aucun follicule pileux ne possède de muscle arrecteur.

NATURE — ÉTIO-PATHOGENIE

Ce néoplasme, que sa structure fait rattacher aux follicules pileux ne peut être considéré comme une simple hyperplasie, si on entend par ce terme le développement exagéré d'un tissu glandulaire conservant une fonction normale et dont les éléments constitutifs restent proportionnés. Or, nous avons affaire non seulement à une prolifération cellulaire, mais aussi à la production d'éléments difformes, viciés, incomplets, ces aspects anormaux caractérisent la **dystrophie.**

Les travaux modernes ont mis en évidence les facteurs étiologiques qui président au développement d'un certain nombre de tumeurs de la peau. Ces facteurs peuvent être d'ordre physique (lumière solaire, rayons X, radium), chimique (goudron, arsenic), mécanique (irritation chronique), cicatriciel (brûlures), infectieux (lupus tuberculeux).

Il est impossible de retenir l'une quelconque de ces causes dans les tumeurs qui nous intéressent.

Lier leur développement à une cause interne, troubles du métabolisme, nous fait entrer dans le domaine de la pure hypothèse. Rien dans les trois observations ne nous permet de les rattacher à un syndrome connu, syndrome d'involution génitale en particulier (obs. II et III). Mettre en cause les hormones morphogènes qui contrôlent la formation de l'appareil pilaire est également gratuit.

Nous pensons que ces tumeurs doivent être considérées comme des dysembryoplasies, constituées à l'origine par des amas cellulaires latents susceptibles de donner des tumeurs plus ou moins tardivement. Elles entrent dans le cadre des noevi et répondent à la définition de Gougerot. « Les noevi sont des néoplasies bénignes d'origine congénitale apparaissant dès la nais-

sance ou plus ou moins tardivement, tantôt restant fixes, tantôt évoluant, augmentant ou diminuant ou disparaissant ou se transformant en une autre variété, tantôt restant bénignes, tantôt se transformant en cancers malins. »

Problème de la transformation maligne. — Si Pautrier a pu saisir de manière irréfutable la transformation maligne d'un noevus de Jadassohn (adénome sébacé non symétrique), il n'en est pas de même pour la tumeur qui nous occupe. Cependant, malgré l'absence de monstruosités cellulaires, l'infiltration lymphocytaire constante dans les trois observations doit rendre le médecin prudent. Actuellement, le devenir de ce noevus est inconnu, il faut cependant constater que le caractère strictement bénin de cette tumeur est rien moins que prouvé.

LE PROBLEME NOSOLOGIQUE

Comment classer cette lésion ? Mérite-t-elle de constituer une entité ?

Fessler affirmait l'absolue originalité de son cas; Gans lui réserve un chapitre dans son livre et souligne le caractère « unique » de ce dysembryoplasmome (Hamarton), Sézary et Lévy-Coblentz rapprochant leur cas du précédent vont dans le même sens. « Il est exceptionnel qu'une néoplasie reproduise le germe pileux ». Milian bat en brèche ce point de vue : il appelle folliculomes les malformations constituées de follicules pileux; entrent dans ce cadre les noevi sébacés, type Pringle, et peut-être ausi type Balzer, selon lui, ces derniers sont formés beaucoup plus par des follicules pileux que par des glandes sébacées.

Le siège commun de ces affections, la face est sans doute pour lui un argument; il conseille de rechercher chez la malade de Sézary un noevus sébacé dans la région nasogénienne, ou dans la région du pli mentonnier. Mlle Dobkevitch classe les adénomes de la peau en adénomes sébacés vrais non symétriques, en adénomes sébacés symétriques, héréditaires, avec leurs variétés Balzer, Pringle, Hallopeau - Lerrède - Darier. Elle réserve une place à part au trichadénome.

Montpellier sépare même le trichadénome des tumeurs glandulaires et le fait unique représentant du chapitre des tumeurs des bourgeons pilaires.

En revanche, Besellini distingue cinq formes histologiques de la maladie de Pringle : sébacée, fibrohémangiomateuse, fibrolymphoangiomateuse, sudoripare, et .. trichomateuse. Faut-il donc rattacher le trichadénome à la maladie de Pringle ? L'opinion de Milian ne semble pas valable.

Arguments cliniques. — Dans la maladie de Pringle, les tumeurs sont multiples, du volume d'un grain de mil à celui d'une noisette, saillantes, plus ou moins franchement pédiculées, leur consistance est élastique.

Elles s'accompagnent de déficience générale, somatique ou nerveuse, de malformations diverses de la peau.

Arguments histologiques. — Leur constitution n'est jamais homogène, elle est variée, glandulaire, vasculaire, fibreuse, tous éléments qui se combinent de diverses façons et expliquent les diverses variétés.

De plus, Pautrier, dans une étude du noevus sébacé vrai ou de Jadassohn met la maladie de Pringle à sa vraie place. Les adénomes symétriques ne sont pas des adénomes, les glandes sébacées n'y jouent qu'un rôle tout à fait accessoire et parfois même inexistant. Ils représentent en réalité les localisations cutanées de véritables dysplasies neuroectodermiques congénitales comme l'ont montré les neurologistes (Van Bogaert cité par Pautrier) et rentrent dans le cadre de la sclérose tubéreuse de Bourneville, de la neurofibromatose, des angiomatoses de la peau, de la rétine, des centres nerveux.

Il est donc légitime de faire une place à part au trichadénome. Qu'il figure dans le chapitre des tumeurs glandulaires de la peau est une erreur même si la production du poil peut être considérée comme une fonction glandulaire. N.-W. Siemens a montré que les noevi n'obéissent pas aux lois de l'hérédité, or les adénomes de la peau (symétriques) sont familiaux et héréditaires (genodermatoses).

Convenons que le terme de trichadénome peut prêter à confusion. Pautrier a débaptisé l'adénome sébacé vrai pour éviter le voisinage de la Maladie de Pringle. Pour le trichadénome, le risque semble moins grand. Il est vrai que Gans a proposé un autre terme ; noevus du follicule pileux.

THERAPEUTIQUE — PRONOSTIC

Ce que nous savons de l'évolution du trichadénome doit nous inciter à pratiquer la destruction de cette tumeur, même si le souci esthétique n'est pas en cause.

L'électrocoagulation est la méthode de choix.

Les trois malades ont parfaitement guéri ; le pronostic paraît excellent, mais une nouvelle tumeur est capable d'apparaître dans l'avenir. Elle sera également soumise à la même intervention.

CONCLUSIONS

Les tumeurs de la peau d'origine pilaire sont rarissimes. Nous n'avons pu en relever que trois cas dans la littérature.

— Cliniquement, elles présentent des caractères ambigus qui doivent inciter à faire pratiquer une biopsie et un examen histologique.

— Histologiquement, le derme est envahi par des formations épithéliales qui sont des bourgeons pileux à des stades différents. La maturation du poil peut être complète mais dans la règle le poil reste inclus et n'émerge jamais à la peau. Si les glandes sébacées présentent un aspect variable, il n'y a jamais de muscle arrecteur.

— Le trichadénome, lésion dystrophique, mérite une place dans le chapitre des tumeurs de la peau ; il ne peut entrer dans le cadre de la maladie de Pringle.

— Tumeur bénigne, mais dont l'avenir est incertain, elle doit être détruite. Sa réapparition dans un autre territoire cutané est possible.